

## メディカルケア大手町 成人の発達障害外来 問診票

～初診時に必ずお持ち下さい～

※ご来院の前に必ずご確認ください。確認した項目について、□ にチェックをして下さい。

- 未成年の方、または成人の方で児童期および思春期より児童精神科医や小児科医により自閉症や自閉症スペクトラム障害と診断された方は、当院の成人の発達障害外来の対象外となります。
- 当院の成人の発達障害外来では、医師による診察の前に臨床心理士による2日間の各種検査をお受けいただきます。これらの検査料¥22,000 (税込) は2日分を初日にお支払い頂きます。
- 当院の成人の発達障害外来の医師による初診は選定療養による予約制となり初診時のみ予約料¥11,000 円 (税込) をお支払頂きます。

以上について確認し、成人の発達障害外来を受診することに同意します。

記入日 年 月 日

本人署名

フリガナ

M・T

氏名 (男・女) 生年月日 S・H 年 月 日 (歳)

記入者 続柄 ( )

住所 (〒 - )

都・県

市・区

電話番号 (自宅) - - (携帯) - -

◆現在の仕事: 会社名 ( ) 職種 ( ) 役職 ( )

就業中

今回の休職は ( 回目 年 月から)

失職中 ( 年 月から)

◆本日、当クリニックを受診されたきっかけのあてはまるもの全てにチェックをして下さい

ご家族、ご友人などにすすめられて

会社や産業医からの紹介 (企業名: 産業医名)

他院からの紹介 (院名: )

ホームページを見て

パンフレットを見て

◆復職支援プログラム参加の希望 ( あり ・ なし )

◆ 診断の参考にするため、以下の項目について分かる範囲で記入して下さい。

1. あなたの出生前後～乳幼児期について、当てはまるものにチェックして下さい

※お母様等にお聞きし、ご記入頂くことをおすすめします

(1) あなたの母親があなたを妊娠中に何らかのリスクがありましたか？当てはまるものにチェックをしてください。また、その詳細が分かる場合は（ ）にご記入ください。

- 妊娠中毒症 ( )
- 体外受精 ( )
- 飲酒 ( )
- 喫煙 ( )
- 妊娠合併症 例：妊娠糖尿病、妊娠高血圧症など妊娠に伴って生じた問題  
( )
- 薬物服用 ( )
- レントゲン撮影 ( )
- その他 ( )
- 特になし ( )

(2) あなたの出生時の体重 ( ) g

(3) 出生時に何らかのトラブルがありましたか？当てはまるものにチェックして下さい。  
またその詳細が分かる場合は（ ）にご記入下さい。

- 出生時仮死 ( )
- 分娩の問題 ( )
- 光線療法 ( )
- 未熟児 ( )
- その他 ( )
- 特になし ( )

(4) 出生後、定期健診等で発達の遅れを指摘されたことがありましたか？

- はい  いいえ

(5) (4) で「はい」にチェックをした方は、指摘された時期と内容の詳細をご記入下さい。

時期：( ) 歳児健診

- 指摘された内容  身体の発育の遅れ ( )
- 言葉の遅れ ( )
- 社会性の遅れ ( )
- 情緒面の遅れ ( )

## 2. 小学校～高校時についてお伺いします

(1) 得意科目とその成績 科目 ( ) 成績 ( )

(2) 不得意科目とその成績 科目 ( ) 成績 ( )

(3) 趣味・好きな遊び ( )

(4) 同年代の友人との関係 (仲の良い友人の人数、いじめ、暴力など)

--	--

(5) 親子・兄弟姉妹との関係

--	--

(6) その他 (不登校、自傷行為、相談機関の利用、精神科受診歴など)

--	--

## 3. 以下のチェックリストの当てはまるものにチェックをして下さい

	幼稚園・小学校時	現在
(1) 同年代の友人とままごとやごっこ遊びをする	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	
(2) 匂いに敏感である	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(3) 複数の友人というより一人で過ごす方が好きである	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(4) 好きなことに熱中しすぎて周りが見えなくなることがある	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(5) 雑音の多い環境で過ごすことが苦痛である	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(6) 決まったパターンを崩すと混乱することがある	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(7) 目を合わせて話をすることが苦手である	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(8) 相手の表情や態度から気持ちを読み取ることが難しい	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(9) 忘れ物が多い	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(10) 先生や上司の指示を聞きもらしたり、従えないことがある	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(11) 長時間集中して課題に取り組むことが苦手である	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(12) 優先順位をつけて行動することが苦手である	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(13) 授業中や仕事中にじっと座っていることが苦手である	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(14) 休みの時間に静かに過ごすことが苦手である	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(15) 順番を待っているとイライラしてしまう	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった
(16) 人の話を遮って話し始めてしまうことがある	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった	<input type="checkbox"/> あった <input type="checkbox"/> なかった

## 4. 現在のお困りごと、相談したい内容をお書き下さい

--

ID:

## 5. ご家族に関してお書き下さい

ご兄弟は本人を含めて \_\_\_\_\_ 人で、ご本人は \_\_\_\_\_ 番目。

結婚は（未婚・既婚 \_\_\_\_\_ 歳の時）、（恋愛・見合）、離婚歴（ある・ない）、子どもは \_\_\_\_\_ 人。

同居のご家族はご本人を含め \_\_\_\_\_ 人で、ご本人のほかに（祖父・祖母・父・母・夫・妻・兄・姉・弟・妹・息子・娘・その他 \_\_\_\_\_）がいる

## 6. あなたのキャリアを教えてください

職歴			学歴（高卒～）		取得資格	
年月	会社名	部署・業務内容	年月	学校名	年月	資格名

## 7. 現在もしくは今までにどちらかの医療機関（精神科、他科含む）を受診されましたか？

通院・入院期間	病名	治療内容や薬剤名	医療機関名	現在の状況
年 月～				治療中／完治
年 月～				治療中／完治
年 月～				治療中／完治
年 月～				治療中／完治
年 月～				治療中／完治
年 月～				治療中／完治

## 8. 休職中の方にお聞きします。あなたの休職歴を教えてください

回数	期間（西暦）	休暇の種類（該当箇所○）	部署・職位
1回目	年 月～ 年 月	有給・傷病・休職・その他（ ）	
2回目	年 月～ 年 月	有給・傷病・休職・その他（ ）	
3回目	年 月～ 年 月	有給・傷病・休職・その他（ ）	
4回目	年 月～ 年 月	有給・傷病・休職・その他（ ）	
5回目	年 月～ 年 月	有給・傷病・休職・その他（ ）	

ご記入ありがとうございました